EDITORIALS

User fees for health services

Norwegian perspective on copayments

TRULS ØSTBYE, MD, MPH
STEINAR HUNSKAAR, MD, DRMEDSCI

Whether to implement health care user fees (or copayments) in Canada has been the subject of long and often emotional debate.[1-6] Some believe that the introduction of user fees signals the end of universality,[7] yet there is no such thing as free health care. Patients might pay more, less, or nothing at the time of treatment, but that treatment must still be paid for by the population as a whole, either through general taxation or through user fees.

Although the current debate has frequently focused on the issue of user fees for physician visits, it has rarely taken into account other health services, such as dental care, prescriptions for people younger than 65, or eyeglasses. All health care in Canada is *not* free. Private insurance sometimes covers a part or all of a patient's portion of these costs, but this does not change the fact that a patient is expected to pay part of the bill directly for these other health services.

A central political principle in Norway and the other Nordic countries is that high-quality health and social services should be equally available to the entire population, regardless of place of residence or social status, and that available resources are to be channelled to population groups and services with the greatest need.[8] This principle is based on solidarity among the various regions and different segments of the population. Thus, financing is uncoupled from the actual use of services and must largely be raised through general taxation.

The debate over whether to charge user fees for paying *part* of the health care bill has been less emotional in Norway than in Canada.[9-12] In the hope that the experience of a "fellow welfare state" might be relevant to the decisions currently being considered in most Canadian provinces, we discuss the Nordic rationale behind user fees, demonstrating their implementation within various sectors of the health care system in Norway. (The total population of Norway is 4.4 million; gross national product per person and general costs of living are somewhat higher than in Canada and income differences are less than in Canada.)

In Perspective

If you are willing to pay 200 kroner for a pizza or a haircut, maybe 83 kroner for a 500-kroner consultation with a general practitioner is not so bad after all (5 Norwegian kroner = 1 Canadian dollar).

General principles

Health care services can be financed either through general taxation or on a charge-per-service basis. In practice, these two forms of financing are usually combined. In the Nordic countries and in Canada, the emphasis has been on financing through general taxation. User fees or copayments account for a smaller proportion of total health care costs.

Several factors should be considered in deciding whether a service is to be financed through user fees or taxes (*Table 1*) and in balancing individual rights against solidarity and liberalism against social democracy. Few Nordic studies have been made in this area, but a Finnish review[13] concludes that the demand for health services has a relatively low price elasticity, ie, an increase in user fees will generally imply a small reduction in demand.

User fee status for different services

Limited user fees have been a part of the Norwegian health care system for decades. The overall extent of user fees relative to the overall public health care budget, broken down into sectors, is shown in *Table 2*. User fees have been estimated to cover approximately 12% of all health and social services costs. Total user fees in Norway have been estimated to be 7 billion Norwegian kroner ($1.4 billion) in

← FOR PRESCRIBING INFORMATION SEE PAGE 2288

1993.[14] Almost 90% of these have been for health services, the remainder for social services. Actual user fees are given in *Table 3* and in the case scenario.

Physician services outside institutions. User fees are geared almost exclusively to services outside institutions, and especially to consultations with general practitioners and specialists. The fees are established through negotiations between the government and the Norwegian Medical Association. A fundamental principle here demands that heavy users of these services are protected by a "ceiling" system, which is discussed later.

Discouraging unnecessary services after regular work hours is accomplished by raising user fees during weekends and after regular work hours. In addition to the consultation user fee, expenses relating to disposable items, such as bandages and syringes used during a consultation, are usually the responsibility

Table 1. **Arguments for financing through general taxation or user fees**

GENERAL TAXATION
• Certain services fundamental to human life should be distributed evenly based on need, regardless of ability to pay
• User fees can be perceived as adding an extra burden to those who already have difficulties due to illness. In a welfare society, based on principles of solidarity, it is fundamental to share benefits as well as burdens fairly
• Contrary to most other services, health and social services are unique in that the extra burden the user fee entails is associated with a situation that is imposed and not wanted a priori. User fees associated with other services tend to be based on one's own desires and are associated with an advantageous situation or result
• The heaviest users tend to be those who in other respects (eg, income) are the worst off (elderly, disabled)
• User fees affect women more than men, due to sex differences in use of services
USER FEES
• If a service is offered without any costs, unnecessary and excessive use could result.[18] User fees will force individuals to consider the cost against the real need
• It is reasonable that persons with a high consumption of health services pay more than others
• Health service is becoming more of a commercial product that should be available and marketable in line with other goods
• User fees ensure that the available money directly pays for the resources used and not for expenses in other sectors
• Direct payment might reduce loss of resources due to administrative or other taxation costs. As it is not easy for patients to determine which consultations and treatments are useful or necessary and which are not, user fees could be used for guidance, to select necessary or desirable contacts or services

Table 2. **Estimated total user fees* in 1993 as a proportion of all expenses for public health services in Norway paid through user fees and taxes**[14,15]

	HOW EXPENSES ARE PAID	
HEALTH CARE SECTOR	**USER FEES (%)**	**TAXES (%)**
General practitioners	900 (29)	2200 (71)
Specialists (including radiologists)	350 (35)	640 (65)
Polyclinics	350 (–)	Unavailable
Psychologists	10 (12)	73 (88)
Physiotherapists	350 (45)	430 (55)
Chiropractors	60 (90)	7 (10)
Drugs for chronic diseases	500 (21)	1880 (79)
Other prescription drugs	980 (100)	0
Travel expenses (including ambulance)	500 (29)	1240 (71)
Dentists	2300 (72)	900 (28)
Hospitals	0	18 400 (100)
Nursing homes	1000 (12)	7670 (88)
Homes for mentally ill	10 (0)	2880 (100)

**Amounts in million Norwegian kroner (1 kroner = $0.2).*

of the patient, as are most medical certificates.

Groups entirely exempt from user fees include children younger than 7 years, pregnant women, patients with sexually transmitted diseases, patients with tuberculosis, patients with work-related injuries, military personnel, and prisoners.

Other services. Hospital physicians in the Nordic countries are employees of the hospitals. Therefore, unlike in Canada, their services are not billed in the same way as the services of physicians in the community. Instead, user fees are paid to the hospital for consultations at, for example, outpatient clinics and radiology departments (*Table 3*).

The traditional argument in favour of user fees for a patient's food and accommodation during hospital stays is that these costs would have had to be covered by the patient at home anyway. However, little evidence shows that patients realize any savings in daily expenses during relatively short stays in institutions.[16] More importantly, seriously ill patients should not encounter economic barriers that might prevent necessary treatment. This is, therefore, not a realistic option at present.

Physiotherapy costs are covered in part or in full for certain patient groups. The patient must pay the full cost if not referred by a physician.

Prescription drugs for serious and chronic diseases are covered mostly by the government, although patients are required to pay a certain percentage of this cost up to a maximum (which is included under the same ceiling as user fees for physician consultations). Groups exempted from physician user fees are also exempted from prescription drug costs.

Table 3. **User fees for public health services from 1995 to 1996 in Norway**[19]

PUBLIC HEALTH SERVICES	NORWEGIAN KRONER*	DOLLARS (approximate value)
Health services outside institutions		
• Consultation, general practitioner	83	17
• Consultation, general practitioner (night, weekend)	120	24
• Consultation, specialist	118	24
• Consultation, specialist (night, weekend)	145	29
• Radiological examination	90	18
• Laboratory tests (any number)	20	4
Surgical procedures	cost of sutures and bandages	
Hospitalization (per day)	0	
Prescription drugs	variable†	
Travel expenses	45 per visit	9
Expense ceiling	1190	138

**1 kroner = $0.2*

†Prescription drugs are reimbursed in part for approximately 100 chronic diseases. User fees are age younger than 7: no user fees; ages 7 to 16, 67 and older, and the disabled: 10% of the cost up to a maximum of 75 kroner ($15) per 3 months; ages 16 to 66: 30% of the cost up to a maximum of 300 kroner ($60) per 3 months.

Smaller user fees are applied for travel to and from health institutions and physicians. At present, home help is also subject to user fees, a situation currently being revised to avoid a distortion toward the use of more expensive nursing home services, which have no user fees. Home help fees do not come under the ceiling.

Dental care is the area with the highest relative proportion of user fees (as it is in Canada). About 25% of all user fees in the health and social sector is collected for dental services.[14] Again, however, there are exceptions: children younger than 18, patients with mental retardation, and patients in long-term institutions pay no fees at all. Payments for dental services do not come under the ceiling.

The "ceiling" system

To protect families with children and chronically ill people who require a proportionally higher number of health services, an expense ceiling system has been established by the Norwegian Parliament.

All expenses for the various ceiling-eligible services in a given year are totalled and recorded on a special card. When the sum of these reaches the ceiling, the card can be exchanged for a "free card," which then allows free access to those services for the remainder of the calendar year. Child-related expenses are included on one of the parent's cards against the same ceiling, and the resulting free card is valid for all the children and the chosen parent.

Case scenario

Laura L, age 74, has hypertension and mild cardiac failure after a myocardial infarction. She uses a diuretic and sees her family physician regularly.

One Saturday night she experienced unusual dyspnea after some physical activity and called her doctor, who came to the house. She was given no specific medication, but her doctor asked her to come to the office on Monday. She paid a user fee of 145 Norwegian kroner for the housecall.

During the consultation on Monday, she was prescribed an angiotensin-converting enzyme inhibitor, and some blood tests were sent to the local hospital. She paid a user fee of 83 kroner for the consultation and 20 kroner for the tests (regardless of number).

At the pharmacy, the drug cost 910 kroner for a 3-month package but was covered under the drug program for chronic diseases. The user fee was 30% of the cost up to a maximum of 300 kroner. However, as Laura is older than 67, she paid only 10% or a maximum of 75 kroner.

She realized that the total amount registered on her card was 1210 kroner, which exceeded the ceiling of 1190 kroner by 70 kroner, so she sent the card to the local office of the national insurance agency. A few days later she received a cheque for 70 kroner and a free card to be used for the remainder of the calendar year.

The most important user fees included under the ceiling are consultations with physicians and psychologists, certain drugs for chronic diseases, and travel to and from health care providers. The main services currently *not* included are dental treatments, homemaker services, physiotherapy and chiropractic, and speech therapy.

Although a system with a "slanting ceiling," where the user fees progressively decrease as their total increases, might seem a better and possibly fairer system, it is unlikely to be feasible, due to the complexity and extra cost of its administration. The 1995 ceiling has been set at 1190 kroner ($138), corresponding to approximately 2% of the income of a single person on a minimum government pension. Approximately 140 000 free cards were issued in 1994, corresponding to less than 4% of the population.

Overall administration expenses associated with the user fee, ceiling, and free card system have been estimated at approximately 80 person-years per year. An evaluation component is integral to the system, including a special sample consisting of 10% of all free cards, collected to monitor the system and for special health service research projects.[15]

Conclusion

The Norwegian Medical Association agrees that certain user fees have become established in Norway, but not that their magnitude has created a barrier between economically disadvantaged patients and health services. The Association is, under certain circumstances, also willing to accept a relative increase in user fees. This is because they consider it necessary to increase the overall economic resources available for health services.[15]

User fees might reduce the growth in public expenditures through two mechanisms: directly, as the government pays less per service, and indirectly, by reducing demand for the services and by channelling demand toward less costly service alternatives. Yet without controls, the implementation of user fees runs the risk of unbalancing the health services available to different social strata. Elimination of user fees for special groups is not the only way of allocating resources to these groups. For example, if care of children is a political priority, should children be assigned a low ceiling for health care expenses (or maybe not pay at all), or should children pay the same as adults but with greater economic benefits given to the child's family (ie, child benefits, tax deductions)?

What is required is an explicit prioritization of services, differentiating essential and fundamental services[16] from other types of services, and reserving the use of user fees primarily for the latter. Health services in Canada are going to face increasing challenges and pressures over the next decade, including new, expensive technologies and an aging population.[17] It is, therefore, important that existing services are provided effectively and efficiently.

By shifting the emphasis to disease prevention and to a more explicit definition of health care priorities on all levels, we might be able to secure sufficient resources for health services, today and in the future, without extensive use of user fees. However, as long as the overall level of user fees is limited and the use of such fees is seen as one element in a broad context, we believe they can contribute to, rather than detract from, giving the population as a whole the best health care possible for its money. ■

Dr Østbye *is Vice-chair in the Department of Epidemiology and Biostatistics and is an Associate Professor in the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, at the University of Western Ontario in London.*

Dr Hunskaar *is a Professor in the Division for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care at the University of Bergen in Norway. He has been visiting professor in the Department of Family Medicine at the University of Western Ontario in London.*

Acknowledgment

We thank Caroline Sori for editing this manuscript.

Correspondence to: *Dr Truls Østbye, Department of Epidemiology and Biostatistics, University of Western Ontario, London, ON N6A 5C1; telephone: (519) 661-2162, fax: (519) 661-3766, email:* **ostbye@uwo.ca**

References

1. Beck RG. Economic class and access to physician services under public medical care insurance. *Int J Health Serv* 1973; 3(3):341-55.
2. Stevenson HM, Williams AP, Vayda E. Medical politics and Canadian Medicare: professional response to the Canada Health Act. *Milbank Q* 1988; 66(1):65-104.
3. Naylor D, Linton AL. Allocation of health care resources: a challenge for the medical profession. *Can Med Assoc J* 1986;134:333-40.
4. Terris M. Lessons from Canada's health program. *J Public Health Policy* 1990; 11(2):151-60.
5. Lexchin J. Prescribing and drug costs in the province of Ontario. *Int J Health Serv* 1992;22(3):471-87.
6. Feather J. Leaving user fees behind. *Can J Public Health* 1993;84(5):310.
7. Moorhouse A. User fees: fair cost containment or tax on the sick? *Can Nurse* 1993;89(5):21-4.
8. *Egenbetaling i helse- og sosialsektoren* [Norges Offentlige Utredninger]. Vol 7. Oslo, Norway: Sosialdepartementet, 1988.
9. Goldman B. The NDP does an abrupt about-face on user fees. *Can Med Assoc J* 1993;149(3):328.
10. Frankford B. Knocking government policies. *Can Med Assoc J* 1994;150(5):644.
11. Harris JDF. User fees. *Can Med Assoc J* 1994;150(4):463.
12. Stoddard GL, Barer ML, Evans RG, Bhatia V. *Why not user charges? The real issues. A discussion paper.* Toronto, Ont: The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, 1993.
13. Avgiftspolitiken. Del 1. Avgifternas inverkan på efterfrågan [*Jamsen*]. Helsinki, Finland: Social-och hälsovårdsministeriet, 1980.
14. Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. *Stortingsmelding nr. 50* (1993-94). Oslo, Norway: Sosial- og helsedepartementet, 1994.
15. *Egenbetaling i helse- og sosialtjenesten.* [*Stortingsmelding nr. 17*] (1989-90). Vol 17. Oslo, Norway: Sosialdepartmentet, 1990.
16. Østbye T, Speechley M. The Oregon Formula: a better method for allocating health care resources. *Nord Med* 1992; 107(2):92-5.
17. The Canadian Study of Health and Aging Working Group. The Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J* 1994;150(6):899-913.
18. Phelps CE. Rationing alternatives for medical care. *Ann Rev Public Health* 1994;15:413-36.
19. *Normaltariff for privat legepraksis 1995-96.* Oslo, Norway: Den norske laegeforening, 1995.

• • •

Canadian Family Physician

Reprint Service

Are you still receiving requests for reprints or do you need copies of an article for distribution at a seminar?

Whether you require 50 or 2500 press quality (about $1.30 per copy) or photocopy quality copies (about $0.33 per copy) we can provide them.

We can even handle special orders involving laminated covers, binding, or larger quantities. For details, call Peter Thomlison (Production Manager.) at (905) 629-0900 ext 317 or fill out the form below.

Name: _____

_____

Mailing address: _____

_____

_____

Phone number: _____

Fax number: _____

Title of article: _____

_____

_____

Volume/month/year/no. of pages of article _____

_____

No. of copies _____

Return to:

Canadian Family Physician
2630 Skymark Avenue
Mississauga, Ontario L4W 5A4
or fax to: (905) 629-0893
c/o Peter Thomlison
Production Manager.

Le Médecin de famille canadien

ÉDITORIAUX

Frais d'utilisation pour les services de santé

La perspective norvégienne sur la coassurance

TRULS ØSTBYE, MD, MPH
STEINAR HUNSKAAR, MD, DRMEDSC

Depuis longtemps au Canada, l'idée d'appliquer des frais d'utilisation (ou copaiements) pour les services de soins de santé fait l'objet de débats houleux, souvent teintés d'émotivité.[1-6] Certains sont d'avis que l'instauration de frais d'utilisation signale la fin de l'universalité[7] même si rien n'est gratuit dans les soins de santé. Que les patients paient un peu plus, un peu moins ou rien du tout au moment de la prestation des soins, ce traitement doit tout de même être payé par l'ensemble de la population, soit par la taxation générale, soit par des frais d'utilisation.

Même si le débat actuel s'est fréquemment limité à l'aspect de frais d'utilisation pour les visites chez le médecin, il a rarement tenu compte des autres services de santé comme les soins dentaires, les ordonnances pour les personnes de moins de 65 ans et les verres correcteurs. Tous les soins de santé dispensés au Canada sont loin d'être gratuits. Les assurances privées couvrent parfois une partie ou la totalité des coûts imputables aux patients, mais on s'attend néanmoins à ce que le patient défraie directement une partie de la facture pour ces autres services de santé.

En Norvège et dans les autres pays nordiques, un principe politique central veut que toute la population ait un accès égal à des services sociaux et de santé d'une grande qualité, indépendamment du lieu de résidence ou du statut social, et que les ressources disponibles soient affectées aux groupes de la population qui ont le plus grand besoin de ces services.[8] Ce principe repose sur la solidarité entre les diverses régions et les différents segments de la population. Le financement n'est donc pas rattaché à l'utilisation véritable des services et doit provenir en majeure partie des sources générales de taxation.

Le débat entourant la possibilité d'imposer des frais d'utilisation pour compenser une partie de la facture totale des soins de santé a été moins teinté d'émotivité en Norvège qu'au Canada.[9-12] Espérant que l'expérience d'un pays socialiste ami puisse éclairer les décisions en voie d'être prises dans la plupart des provinces canadiennes, nous discuterons des raisons invoquées par les pays nordiques pour justifier l'imposition de frais d'utilisation et nous illustrerons leur application dans les divers secteurs du système de soins de santé norvégien. (La population totale de la Norvège est de 4,4 millions d'habitants ; le produit national brut per capita et le coût de la vie sont un peu au-dessus de ceux du Canada et les écarts en termes de revenu sont inférieurs à ceux du Canada.)

En perspective

Si vous acceptez de payer 200 couronnes norvégiennes pour une pizza ou une coupe de cheveux, peut-être que la somme de 83 couronnes pour une consultation de 500 couronnes auprès d'un omnipraticien n'est pas trop élevée après tout (5 couronnes norvégiennes = 1 dollar canadien).

Principes généraux

Le financement des services de soins de santé provient soit de la taxation générale, soit d'un frais imposé pour chacun des services. En pratique, ces deux formes de financement sont habituellement combinées. Autant au Canada que dans les pays nordiques, on a insisté davantage sur le financement par la taxation générale. Les frais d'utilisation ou le copaiement représentent une plus faible proportion de l'ensemble des coûts des soins de santé.

Il faut considérer plusieurs facteurs au moment de décider si un service sera financé par des frais d'utilisation ou des taxes (*Tableau 1*) et maintenir un équilibre entre les droits individuels et la solidarité et entre le libéralisme et la démocratie sociale. Peu d'études nordiques ont

Tableau 1. **Arguments justifiant le financement par la taxation générale ou par des frais d'utilisation**

TAXATION GÉNÉRALE
• Certains services essentiels à la vie humaine doivent être répartis équitablement en fonction des besoins, indépendamment de la capacité de payer.
• Les frais d'utilisation peuvent être perçus comme un fardeau supplémentaire imposé à ceux qui sont déjà affligés par la maladie. Dans une société de type socialiste, basée sur les principes de la solidarité, il est fondamental de partager équitablement les avantages et le fardeau social.
• Contrairement à la plupart des autres services, les services sociaux et de santé sont uniques en ce sens que le fardeau supplémentaire imposé par les frais d'utilisation s'accompagne également d'une situation imposée et non désirée à priori. Dans le cas des autres services, les frais d'utilisation sont plutôt basés sur les préférences personnelles et s'accompagnent d'une situation ou d'un résultat avantageux.
• Les plus grands consommateurs ont tendance à être ceux qui par ailleurs (p. ex. au niveau du revenu) sont les plus désavantagés (les personnes âgées et celles qui souffrent d'incapacités).
• Les frais d'utilisation affectent moins les hommes que les femmes puisque celles-ci utilisent davantage les services.
FRAIS D'UTILISATION
• Lorsqu'un service est offert sans frais, il y a risque d'excès ou d'abus.[19] Les frais d'utilisation forcent les individus à mesurer le besoin en fonction du coût réel.
• Il est raisonnable que les grands consommateurs de services de santé paient davantage.
• Les services de santé sont de plus en plus considérés comme des produits commerciaux dont la disponibilité devrait respecter les principes de la mise en marché appliqués aux autres produits.
• Les frais d'utilisation font en sorte que l'argent généré sert directement à payer pour les ressources utilisées et non pas à défrayer les dépenses dans les autres secteurs.
• Le paiement direct peut contribuer à amoindrir les coupures de ressources occasionnées par les frais administratifs ou autres reliés à la taxation. Comme les patients ne peuvent déterminer aisément quels traitements et consultations sont utiles ou nécessaires et lesquels ne le sont pas, les frais d'utilisation pourraient servir de guide pour mieux choisir les services ou les contacts nécessaires ou désirables.

Tableau 2. **Estimation de l'ensemble des frais d'utilisation* imposés en 1993 en Norvège, proportionnellement aux dépenses totales générées pour les services de santé et payées par le biais des taxes et des frais d'utilisation.[14,15]**

	COMMENT LES DÉPENSES SONT ASSUMÉES	
SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ	FRAIS D'UTILISATION (%)	TAXES (%)
Omnipraticiens	900 (29)	2200 (71)
Spécialistes (y compris les radiologistes)	350 (35)	640 (65)
Polycliniques	350 (–)	NA
Psychologues	10 (12)	73 (88)
Physiothérapeutes	350 (45)	430 (55)
Chiropraticiens	60 (90)	7 (10)
Médicaments pour maladies chroniques	500 (21)	1880 (79)
Autres médicaments sur ordonnance	980 (100)	0
Dépenses de déplacement (y compris par ambulance)	500 (29)	1240 (71)
Dentistes	2300 (72)	900 (28)
Hôpitaux	0	18 400 (100)
Centres d'accueil	1000 (12)	7670 (88)
Établissements pour malades mentaux	10 (0)	2880 (100)

**en millions de couronnes norvégiennes (1 couronne = 0,20 $)*

Tableau 3. **Frais d'utilisation pour les services de santé publique de 1995 à 1996 en Norvège[19]**

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE	COURONNE NORVÉGIENNE*	DOLLARS (valeur approximative)
Services de santé en dehors des établissements		
• Consultations, omnipraticiens	83	17
• Consultations, omnipraticiens (soirs et fins de semaine)	120	24
• Consultations, spécialistes	118	24
• Consultations, spécialistes (soirs et fins de semaine)	145	29
• Examens radiologiques	90	18
• Analyses de laboratoire (quel que soit le nombre)	20	4
Interventions chirurgicales	(coût des sutures et des pansements)	
Hospitalisations (par jour)	0	
Médicaments sur ordonnance	Variable **	
Dépenses reliées aux déplacements	45 (par visite)	9
Plafond des dépenses	1190	238

** 1 couronne = 0,20 $*

*** Les médicaments sur ordonnance sont partiellement remboursés pour 100 maladies chroniques. Les frais d'utilisation sont : moins de 7 ans : aucun ; 7 à 16 ans, 67 et plus et les handicapés : 10% du coût jusqu'à un maximum de 75 couronnes (15 $) par 3 mois ; 16 à 66 ans : 30% du coût jusqu'à un maximum de 300 couronnes (60 $) par 3 mois.*

été menées dans ce domaine mais une revue finlandaise[13] conclut que l'élasticité des prix concernant la demande pour les services de santé est relativement faible, c'est-à-dire qu'une augmentation des frais d'utilisation n'entraîne généralement qu'une faible réduction de la demande.

Frais d'utilisation applicables aux différents services

L'imposition de frais d'utilisation limités fait partie du système norvégien de soins de santé depuis des décennies. Le *Tableau 2* illustre la répartition globale des frais d'utilisation en fonction des divers secteurs comparativement à l'ensemble du budget alloué aux soins de santé de la population. On estime que les frais d'utilisation couvrent environ 12 % de la totalité des coûts des services sociaux et de santé et qu'ils représentaient 7 milliards de couronnes norvégiennes (1,4 milliard de $ CAN en 1993).[14] Près de 90 % de ces frais ont été consacrés aux services de santé et environ 10 % aux services sociaux. Le *Tableau 3* et la vignette de cas illustrent les frais réels selon les services demandés.

Services médicaux en dehors des établissements. Les frais d'utilisation s'appliquent presque exclusivement aux services dispensés par les omnipraticiens et les spécialistes en dehors des établissements. Ces frais sont déterminés suite à des négociations entre le gouvernement et l'Association médicale norvégienne. L'un des principes fondamentaux du système prévoit que les grands utilisateurs de services sont protégés par un système de «plafonnement» que nous décrirons plus loin.

Afin de décourager la demande de services non nécessaires, les frais d'utilisation sont plus élevés après les heures régulières de travail et durant les fins de semaine. En plus des frais pour la consultation, les dépenses générées par le matériel jetable, comme les pansements et les seringues, sont habituellement à la charge du patient comme le sont d'ailleurs la plupart des certificats médicaux.

Certains groupes sont exempts des frais d'utilisation ; ce sont les enfants de moins de sept ans, les femmes enceintes, les patients atteints de maladies transmissibles sexuellement, les tuberculeux, les victimes d'un accident de travail, le personnel militaire et les prisonniers.

Autres services. Dans les pays nordiques, les médecins qui oeuvrent dans les hôpitaux sont des employés de ces hôpitaux. Contrairement à ce qui se passe au Canada, leurs services ne sont pas facturés de la même façon que ceux des médecins oeuvrant dans la communauté. Les frais d'utilisation sont payés à l'hôpital pour les consultations qui se déroulent notamment dans les cliniques externes et les services de radiologie (*Tableau 3*).

L'argument traditionnel favorisant l'imposition de frais d'utilisation pour l'hébergement et l'alimentation pendant le séjour hospitalier repose sur le fait que le patient aurait dû défrayer ces coûts s'il avait été à la maison. Il existe toutefois des preuves à l'effet que les patients ne réalisent pas d'économie

dans leurs dépenses quotidiennes lors d'un séjour relativement court en établissement.[16] Quant aux patients gravement malades, ils ne devraient pas être confrontés à des difficultés d'ordre économique qui les priveraient d'un traitement nécessaire. Cette option n'est donc pas réaliste pour le moment.

Pour certains groupes de patients, les coûts reliés à la physiothérapie sont couverts en partie ou en totalité. S'il n'est pas référé par un médecin, le patient doit défrayer l'entier des coûts.

Les ordonnances médicamenteuses pour les maladies chroniques et sérieuses sont pour la plupart assumées par le gouvernement, bien que les patients doivent contribuer un certain pourcentage des coûts jusqu'à un maximum (qui fait partie du même plafond que les frais d'utilisation imposés pour les consultations médicales). Les groupes qui n'ont pas à débourser les frais d'utilisation pour les consultations médicales n'ont pas non plus à débourser de frais pour les médicaments sur ordonnance.

Il existe également des frais d'utilisation moins élevés pour les déplacements pour se rendre dans un établissement ou chez le médecin. Actuellement, certaines formes d'aide à domicile sont assujetties à des frais d'utilisation. Cette situation est présentement à l'étude afin d'éviter une distorsion favorisant l'utilisation des services plus coûteux dispensés dans les centres d'accueil et d'hébergement qui n'ont pas de frais d'utilisation. Quant aux services d'aide à domicile, il n'existe pas de plafond.

Ce sont les soins dentaires qui accaparent la plus forte proportion des frais d'utilisation, comme c'est le cas d'ailleurs au Canada. Les services dentaires collectent environ 25 % de tous les frais d'utilisation déboursés pour les soins de santé et les services sociaux.[14] Il existe toutefois des exceptions : les enfants de moins de 18 ans, les patients atteints de retard mental et les résidants des établissements de soins de longue durée ne déboursent aucun frais. Les paiements pour les services dentaires ne sont pas plafonnés.

Vignette clinique

Laura L., 74 ans, est hypertendue et souffre d'une insuffisance cardiaque légère depuis un infarctus du myocarde. Elle prend un diurétique et voit régulièrement son médecin de famille.

Un samedi soir, elle présente une dyspnée inhabituelle après avoir fait de l'activité physique ; elle téléphone à son médecin qui se rend à domicile. Elle n'a pas reçu de médication spécifique mais son médecin lui a demandé de le consulter à son cabinet le lundi suivant. Pour la visite à domicile, elle a déboursé 145 couronnes norvégiennes.

Lors de la consultation du lundi, elle a reçu une ordonnance pour un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, et des prélèvements sanguins ont été envoyés au laboratoire de l'hôpital local. Elle a déboursé des frais d'utilisation de 83 couronnes pour la consultation et de 20 couronnes pour les analyses de laboratoire (indépendamment du nombre).

À la pharmacie, le coût du médicament fut de 910 couronnes pour une provision de trois mois ; celui-ci était toutefois couvert par le programme d'assurance-médicaments pour les maladies chroniques. Les frais d'utilisation furent de 30 % du coût total jusqu'à un maximum de 300 couronnes. Puisque Laura a plus de 67 ans, elle n'a payé que 10 % ou un maximum de 75 couronnes.

Elle a réalisé que le total inscrit sur sa carte atteignait 1210 couronnes, ce qui dépassait de 70 couronnes le plafond de 1190 couronnes ; elle a donc envoyé sa carte au bureau local du régime national d'assurance. Quelques jours plus tard, elle a reçu un chèque de 70 couronnes et une carte de gratuité couvrant tout le reste de l'année de calendrier.

Le système de «plafonnement»

Afin de protéger les familles aux prises avec des enfants et des personnes atteintes de maladie chronique qui nécessitent une quantité proportionnellement plus élevée de services de santé, le Parlement de la Norvège a mis sur pied un système de plafonnement des dépenses.

Au cours d'une même année, toutes les dépenses encourues pour les divers services admissibles au plafonnement sont totalisées et inscrites sur une carte spéciale. Lorsque le total atteint le plafond autorisé, on peut échanger la carte pour une «carte de gratuité» qui donne un accès gratuit aux services pour le reste de l'année de calendrier. Les dépenses reliées aux soins des enfants sont inscrites sur la carte de l'un des parents et contribuent au même plafond ; la nouvelle carte de gratuité est donc valide pour tous les enfants et le parent désigné.

Parmi les frais d'utilisation les plus importants considérés pour l'atteinte du plafond, on retrouve notamment les consultations auprès des médecins et des psychologues,

certains médicaments pour le traitement des maladies chroniques et les déplacements occasionnés pour rencontrer les professionnels de la santé. Quant aux principaux services actuellement exclus, on retrouve les soins dentaires, les services d'aide à domicile, les soins de physiothérapie et de chiropraxie et l'orthophonie.

Même si un système comportant un «plafond dégressif», où les frais d'utilisation diminuent progressivement à mesure que le total augmente, peut sembler meilleur et plus juste, sa mise en application est peu probable à cause de sa complexité et des coûts supplémentaires qu'entraînerait son administration. Pour 1995, le plafond a été fixé à 1190 couronnes (238 $), ce qui correspond à environ 2 % du revenu d'une personne célibataire recevant le minimum de la pension gouvernementale. En 1994, 140 000 cartes de gratuité ont été émises, ce qui correspond à moins de 4 % de la population.

On estime que l'ensemble des dépenses administratives reliées aux frais d'utilisation, au plafonnement et au système de cartes de gratuité mobilise annuellement l'équivalent de 80 personnes-années. L'évaluation fait partie intégrante du système, y compris un échantillon spécial de 10 % de toutes les cartes de gratuité utilisées pour la surveillance du système et pour des projets de recherche spéciaux sur les services de santé.[15]

Conclusion

L'Association médicale norvégienne confirme que la Norvège a instauré certains frais d'utilisation mais nie que leur ampleur ait érigé une barrière entre les patients défavorisés financièrement et les services de santé. Dans certaines circonstances, l'association se dit prête à accepter une augmentation relative des frais d'utilisation parce qu'elle considère nécessaire d'accroître l'ensemble des ressources économiques disponibles pour les services de santé.[15]

Les frais d'utilisation peuvent contribuer à réduire la croissance des dépenses publiques de deux façons : directement, puisque la contribution gouvernementale est réduite pour chacun des services et, indirectement, parce que non seulement la demande de services est réduite mais elle est orientée vers des alternatives moins coûteuses. Il faut toutefois maintenir des mécanismes de contrôle puisque l'application de frais d'utilisation risque de déséquilibrer les services de santé entre les diverses couches sociales. Pour certains groupes spéciaux, l'élimination des frais d'utilisation ne constitue pas le seul moyen de leur allouer des ressources. Par exemple, si la santé des enfants est une priorité politique, devrait-on abaisser leur plafond de dépenses pour les soins de santé (ou même l'éliminer), ou devrait-on plutôt le laisser au même niveau que les adultes et compenser par certains avantages financiers à la famille de l'enfant (c'est-à-dire allocations pour enfants, déduction fiscale) ?

Ce qu'il faut, c'est établir explicitement une liste des services prioritaires qui distingue clairement les services de base et essentiels[16] des autres types de services et d'imputer à ces derniers des frais d'utilisation. Au Canada, les services de santé subiront au cours de la prochaine décennie des pressions et des défis accrus, notamment au niveau de nouvelles technologies coûteuses et du vieillissement de la population.[17] Il est donc important de maximiser l'efficacité et l'efficience de la prestation des services existants.

En insistant davantage sur la prévention de la maladie et en définissant plus explicitement tous les niveaux de priorité pour les services de santé, nous serions peut-être plus en mesure d'assurer, présentement et pour l'avenir, des ressources suffisantes pour les services de santé sans faire un usage considérable des frais d'utilisation. Par contre, tant que le niveau global des frais d'utilisation demeure limité et que de tels frais ne constituent qu'un des éléments d'un contexte beaucoup plus large, nous croyons qu'ils peuvent contribuer, plutôt que d'être un obstacle, à procurer à toute la population les meilleurs soins de santé possibles en fonction du budget disponible. ■

Remerciements

Nous remercions Caroline Sori pour la révision du manuscrit.

D^r Østbye *est directeur adjoint du Département d'épidémiologie et de biostatistique et professeur agrégé au Département de médecine familiale à l'Université de Western Ontario, à London.* **D^r Hunskaar** *est professeur titulaire dans la Division de médecine générale du Département de santé publique et des soins de première ligne à l'Université de Bergen en Norvège. Il a été professeur invité au Département de médecine familiale de l'Université de Western Ontario, à London.*

Correspondance à : *D^r Truls Østbye, Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université de Western Ontario, London, ON N6A 5C1 ; téléphone : (519) 661-2162, télécopieur : (519) 661-3766, e-mail :* **ostbye@uwo.ca**

Références

1. Beck RG. Economic class and access to physician services under public medical

care insurance. *Int J Health Serv* 1973;3(3):341-55.
2. Stevenson HM, Williams AP, Vayda E. Medical politics and Canadian Medicare : professional response to the Canada Health Act. *Milbank Q* 1988;66(1):65-104.
3. Naylor D, Linton AL. Allocation of health care resources : a challenge for the medical profession. *J Assoc Méd Can* 1986; 134:33-40.
4. Terris M. Lessons from Canada's health program. *J Public Health Policy* 1990; 11(2):151-60.
5. Lexchin J. Prescribing and drug costs in the province of Ontario. *Int J Health Serv* 1992;22(3):471-87.
6. Feather J. Leaving user fees behind. *Can J Public Health* 1993;84(5):310.
7.Moorhouse A. User fees : fair cost containment or tax on the sick ? *Can Nurse* 1993;89(5):21-4.
8. Egenbetaling i helse - og sosialsektoren. Dans : Norges Offentlige Utredninger. Vol 7. Oslo, Norvège : Sosialdepartementet, 1988.
9. Goldman B. The NDP does an abrupt about-face on user fees. *J Assoc Méd Can* 1993;149(3):328.
10. Frankford B. Knocking government policies. *J Assoc Méd Can* 1994;150(5):664.
11. Harris JDF. User fees. *J Assoc Méd Can* 1994;150(4):463.
12. Stoddard GL, Barer ML, Evans RG, Bhatia V. *Why not user charges ? The real issues. A discussion paper.* Toronto, Ont : The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, 1993.
13. Avgiftspolitiken. del 1. Avgifternas inverkan på efterfragan. *Jamsen.* Helsinki, Finlande : Social-och Lälsovårdsministeriet, 1980.
14. Samarbeid og styring. Mal og virkemidler for en bedre helsetjeneste. *Stortingsmelding nr. 50* (1993-94). Oslo, Norvège : Sosial-og helsedepartementet, 1994.
15. Egenbetaling i helse-og sosialtjenesten. *Stortingsmelding nr.* 17 (1989-90) Vol 17, Oslo, Norvège : Sosialdepartmentet 1990.
16. Østbye T, Speechley M. The Oregon formula : a better method for allocating health care resources. *Nord Med* 1992; 1072:92-5.
17. The Canadian Study of Health and Aging Working Group. The Canadian study of health and aging : study methods and prevalence of dementia. *J Assoc Méd Can* 1994;150(6):899-913.
18. Phelps CE. Rationing alternatives for medical care. *Ann Rev Public Health* 1994; 15:413-36.
19. *Normaltariff for privat legepraksis* 1995-96. Den norske laegeforening. Oslo, Norvège : 1995.

Sauvons notre système de soins de santé

La privatisation est-elle la solution ?

MICHAEL GORDON, MD, FCRPC

De nombreux médecins canadiens, surtout parmi les médecins de famille, se sentent opprimés par la pression des changements qui affectent l'exercice de la médecine. Les politiques ministérielles des régimes provinciaux de santé semblent porter atteinte à la liberté et réduire la portée, la souplesse, l'autonomie et les revenus, quel que soit le parti politique au pouvoir.[1,2] Tous les politiciens et bureaucrates, tant du côté fédéral que provincial, semblent d'accord sur la nécessité de réduire les coûts des soins de santé, y compris le coût des services dispensés par les médecins.[3-5]

Face aux contraintes fiscales qui entraînent une réduction des effectifs, des fusions et des fermetures d'hôpitaux, un accès réduit aux interventions et aux nouvelles technologies et un plafonnement des revenus, de nombreux médecins ont réclamé l'infusion de capitaux privés pour contrer les crises de financement apparentes.[6-11] Selon cette hypothèse, si on accepte la participation des fonds privés personnels ou provenant de régimes d'assurance, les patients qui font le choix d'acheter des soins supplémentaires ou privilégiés réduiraient d'autant la pression sur le système public, ce dont bénéficieraient la population et les médecins pour qui de nouvelles sources de revenus seraient disponibles. Le gouvernement provincial de l'Alberta a partiellement donné raison à ces arguments et a remis en question l'engagement du gouvernement fédéral envers la Loi canadienne sur la santé. Il en est résulté des pénalités financières et, subséquemment, l'Alberta s'est vue contrainte d'annuler la participation du système privé dans les services déjà assurés.[12]

Les médecins devraient se poser la question suivante : les données supportent-elles la prémisse que la participation d'un système privé au système canadien de soins de santé améliorera l'accessibilité, qu'elle diminuera la pression sur le système public, qu'elle sera plus rentable et efficace et qu'elle offrira aux Canadiens plus de choix, ce qui, finalement, serait avantageux pour l'ensemble du système ? Tout comme nous le ferions devant une proposition d'une nouvelle thérapie médicale, nous devrions analyser les données et prendre en considération les implications sociales, professionnelles et éthiques ainsi que les répercussions sur les soins cliniques et les coûts.

Changer les règles

Pour les Canadiens, les options possibles pour améliorer le système de